

# **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS EN EL AMBITO PENITENCIARIO**

## **INSTRUCCIÓN 001/2023 DE LA DIRECCIÓN DE JUSTICIA DEL GOBIERNO VASCO**

Vitoria-Gasteiz, 24 de abril de 2023

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO DE LA C.A.P.V.

## 1.- INTRODUCCIÓN:

El suicidio representa un problema grave de salud pública, con cerca de un millón de muertes anuales en todo el mundo; se estima que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100.000.

Algunos datos que revelan la importancia de esta cuestión son:

- El suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud, según la OMS.
- Es una de las primeras causas de mortalidad prematura en jóvenes de ambos sexos, habiéndose convertido recientemente en la principal causa de muerte no natural en el rango de edad de entre 15 a 29 años.
- También se convierte en la tercera causa de mortalidad evitable en nuestro entorno y supera la mortalidad causada por los accidentes de tráfico.
- Se estima que se producen unas veinte tentativas por cada suicidio consumado.
- Se dan más tentativas en mujeres, pero la mortalidad por suicidio es tres veces superior en los hombres, porque suelen utilizar métodos más letales.
- Además, las repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de las personas cercanas quedan profundamente afectadas al ámbito emocional, social y económico.

La tasa de suicidios en los centros penitenciarios es significativamente más alta que la tasa de la población general. Se han descrito tasas 7,5 veces superiores en población preventiva y 6 veces superiores en población penada, en relación con la población general.

Según la OMS, los suicidios son prevenibles en la medida en que se identifican los factores de riesgo y las variables intrínsecas y extrínsecas al sujeto que predisponen a consumir la conducta suicida o la facilitan.

En cumplimiento de los artículos 10.1 y 15 de la C.E., artículos 3.4 y 36 y ss de la Ley Orgánica General Penitenciaria y de los artículos 207 y ss del R.P., la Administración Penitenciaria Vasca recoge el “deber de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos”, obligación que compete asimismo a Osakidetza.

Para la elaboración del presente programa, el cual ya se anticipa que estará en constante proceso de actualización y mejora, incorporando las mejores prácticas del contexto internacional, se han utilizado los textos base del vigente programa de prevención de suicidio en el CP Araba y Centro de Salud Mental Zaballa, la instrucción I – 5/2014 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y el Programa Marco de prevención de suicidios en los Centros penitenciarios de Cataluña.

Así mismo el programa se incardina dentro de la estrategia de prevención de suicidio en Euskadi del Dpto. de Salud, que recoge la medida específica de mejora de la detección y abordaje de la conducta suicida en los Centros Penitenciarios de Euskadi.

## **2.- FINALIDAD Y OBJETIVOS:**

El mandato legal de preservación de la vida, la integridad y la salud de los internos, se convierte en la propia finalidad de este programa.

### **En cuanto a los objetivos generales del programa señalamos:**

- Disminuir la mortalidad por suicidio.
- Aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida.
- Prevenir la repetición de tentativas.

### **Los Específicos serán:**

- Impulsar y asegurar una atención proactiva y adecuada.
- Implantar un procedimiento homogéneo de actuación específica urgente.
- Asegurar unas condiciones óptimas de seguridad.
- Vincular los casos de tentativa de suicidio o de riesgo alto de suicidio y hacerles un seguimiento longitudinal para prevenir la repetición de tentativas, poder hacer una reevaluación periódica del nivel de riesgo e identificar señales de alerta y cambios en los factores de riesgo.
- Mejorar la comunicación y coordinación intra y extrapenitenciaria.

## **3.- PRINCIPIOS ORIENTADORES:**

- La promoción de la salud y la prevención del suicidio debe ser uno de los ejes centrales en los objetivos de trabajo de los centros penitenciarios.
- Todas las personas que se relacionan en el entorno penitenciario (internos, familiares o referentes externos, entidades, profesionales, etc.) son agentes de promoción de la salud, prevención, intervención y postvención.
- El trabajo para promocionar la salud, prevenir y tratar las conductas suicidas debe tener un enfoque integral y biopsicosocial
- Se debe promover la cultura de que las muertes por suicidio pueden ser evitables. Hay que concienciar internos, familiares, profesionales, voluntarios y otros agentes que están en contacto con la institución.
- Así mismo se han de romper tabúes entorno al suicidio, luchando contra el estigma que conlleva falsas creencias, mitos y perjuicios acerca de las personas que lo sufren directa e indirectamente.
- Hay que aprender de todas las incidencias relacionadas con las muertes por suicidio, las tentativas de suicidio y las autolesiones. Se deben revisar todos los procesos y mecanismos que las explican e incorporar a la organización los aprendizajes adquiridos después del incidente.
- Se debe garantizar el apoyo a las personas supervivientes del suicidio:
  - El apoyo a los internos. Debe asegurarse que los internos que están significativamente afectados por una muerte por suicidio dispongan de un espacio

- y de la oportunidad para hablar de sus sentimientos. Hay que prestarles asistencia para entender cómo se sienten y, si es necesario, vincularlos a un mayor apoyo.
- El apoyo a los profesionales de prisiones. Una muerte por suicidio impacta directamente en los profesionales que trabajaban con esa persona. Cada centro penitenciario debe disponer de un espacio estructurado para poder ventilar emocionalmente las cuestiones que se derivan de un hecho tan trágico (culpa, rabia, tristeza ...) y orientar las inquietudes y las dudas que en un futuro puedan generar malestar al equipo o burnout.
  - Y también apoyar a los familiares y referentes cercanos de las personas internas, que sufren el riesgo y consecuencias de las conductas suicidas.
- La coordinación entre profesionales de todos los ámbitos es una de las claves del éxito para la prevención y la intervención eficaz.
  - Se hace imprescindible la participación de todo el personal penitenciario de tratamiento, vigilancia, médico, de gestión y personal colaborador externo, en el conocimiento del recluso a través de la observación, la escucha activa que posibilite la comprensión, el diálogo y la intervención inmediata que facilite la adopción de las correspondientes medidas en supuestos de riesgo. Por ello, aun residenciando las labores de información, propuesta o autorización en los órganos del centro penitenciario señalados, resulta necesario concluir que en las tareas de detección de situaciones de crisis y de seguimiento de los internos incluidos en el programa o de observación sobre aquellos que han causado ya baja en el mismo deben participar todos los profesionales del centro, ya sean del Equipo Técnico de Tratamiento, de Vigilancia, gestión, como las personas profesionales y voluntarias de las entidades colaboradoras del Tercer Sector de intervención social y ONGS, y el personal de educación y Aukerak.
  - Comunicación directa e inmediata de las posibles situaciones de riesgo que detecta a cualesquiera de las áreas implicadas en la toma de decisión de la aplicación del programa de prevención de suicidios -área de vigilancia, sanitaria o de tratamiento- o directamente a través de los profesionales encargados de la evaluación directa del interno.
  - Garantía de la continuidad en los programas de prevención de suicidios a propósito de los traslados de internos a través de comunicación directa de los Directores y soporte documental al efecto.
  - Así mismo se garantizará la continuidad de tratamiento mediante la coordinación socio-sanitaria correspondiente a través de los Servicios de Salud correspondientes y de los Servicios Sociales competentes en los momentos de excarcelación, para evitar en la medida de lo posible de riesgos en el exterior.
  - Unificación de la información en el alta, seguimiento y baja en los programas de prevención de suicidios en los subdirectores responsables de las áreas de detección e intervención: Subdirector de Tratamiento, Jefe de la Unidad de Atención Primaria, Responsable del Servicio de Salud Mental y Subdirector de Seguridad para la oportuna decisión del Director respecto al programa de prevención de suicidios.
  - Trascendencia de la Orden de Dirección de alta en el programa de prevención de suicidios, determinando las medidas impuestas, garantizando la difusión necesaria entre el personal de Tratamiento, Sanitario y de Vigilancia, así como el refrendo documental, "libro de Registro del PPS", oficina de Gestión.
  - Los principios de celeridad e inmediatez administrativa inspirarán la estrategia de detección e intervención en la evitación de la conducta suicida de forma que, lejos de burocratizarse la información a transmitir, se evacue el correspondiente informe verbal o escrito a la mayor brevedad posible.

#### **4.- DEFINIENDO ALGUNOS TÉRMINOS:**

Es importante tener en cuenta, diferenciar y manejar algunas definiciones técnicas de manera precisa y común entre todos los intervinientes y personas que manejan el hecho suicida.

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Hay dos tipos de comunicación suicida:
  - **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría prever una posible conducta suicida en un futuro próximo.
  - **Plan suicida:** es la propuesta suicida de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoprovocada, en que hay evidencia implícita o explícita de que:
  - La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
  - La persona presenta algún grado de intención, determinado o no, de terminar con su vida.
- **Autolesión / Gesto parasuicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida por la que hay una evidencia, implícita o explícita, que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- **Tentativa de suicidio:** cualquier comportamiento suicida, incluidas las intoxicaciones voluntarias y las autolesiones o las autoagresiones, que tenga una intencionalidad manifiesta de causar la propia muerte, sin conseguirlo.

#### **5.- FACTORES DETERMINANTES Y/O COADYUVANTES DEL RIESGO DE SUICIDIO EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO:**

Además de los factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, así como de los acontecimientos vitales determinantes que concurren en la constitución del riesgo de suicidio en la población en general, se unen otros elementos estresores específicos que exceden las habilidades de afrontamiento de las personas más vulnerables, y generan un riesgo o un catalizador de conductas suicidas en la población penitenciaria.

Conviene hacer mención a las mismas para tenerlas presentes de cara a la observación, detección, valoración y abordaje del riesgo de suicidio.

##### **Factores biológicos, genéticos y psicológicos**

- ✓ Género: aunque se producen más tentativas en las mujeres, la mortalidad por suicidio es tres veces superior en los hombres, dado que suelen utilizar métodos más letales.
- ✓ Especial mención y riesgo entraña la población LGTBI que muestra una mayor tasa de incidencia.

- ✓ Edad: el mayor número de defunciones por suicidio se produce en personas de 45 a 54 años; pero, en términos relativos, el riesgo es más alto en adolescentes y en personas mayores.
- ✓ La presencia de trastornos mentales, especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, se convierten en los principales factores de riesgo, seguidos por el trastorno límite de personalidad y la esquizofrenia. El riesgo es más alto en las fases tempranas de la enfermedad, después del alta de un ingreso psiquiátrico, y al inicio de la fase de mejoría clínica.
- ✓ Tentativa previa de suicidio.
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio.
- ✓ Sentimiento de desesperanza.
- ✓ Impulsividad, agresividad, nivel de conciencia alterado.
- ✓ Consumo de sustancias.
- ✓ Rigidez de pensamiento.
- ✓ Dificultad en la resolución de problemas.

#### **Factores sociales, culturales y medioambientales**

- ✓ Vivir solo.
- ✓ Apoyo familiar insuficiente o inadecuado.
- ✓ Estado civil: soltero o divorciado.
- ✓ Falta de red social.
- ✓ Problemas sociales (socioeconómicos, aislamiento ...).
- ✓ Accesibilidad a medios letales (medicación letal, objetos cortantes, puntos de anclaje, etc.).

#### **Acontecimientos vitales significantes**

- ✓ Antecedentes de acontecimientos vitales traumáticos (life events): maltrato sexual, físico o psicológico, abandono y otras experiencias traumáticas.
- ✓ Discapacidad por enfermedad física, con limitación funcional grave o dolor crónico.
- ✓ Muerte o enfermedad grave de personas significativas para el paciente.
- ✓ Estrés recientes graves: paro, problemas de pareja, separación reciente, etc.

#### **Factores penitenciarios**

- ✓ Primer ingreso.
- ✓ Estrés asociado al régimen de vida penitenciario
- ✓ Sentencia de larga duración.

- ✓ La afectación que la comisión del delito y de modo singular los delitos contra las personas, contra la libertad sexual y de violencia familiar, producen en algunas personas.
- ✓ El abatimiento que la reducción a un género de vida penitenciario produce en personas que han cometido delitos de carácter económico y ven esfumarse un prototipo de realidad económica largamente soñado y al que han dedicado muchos años de vida.
- ✓ El eco de los medios de comunicación (prensa, televisión, radio ...) sobre las personas victimarias.
- ✓ Pérdida de vínculos familiares y medio social.
- ✓ Cambios en la situación procesal y penitenciaria (notificación de una resolución judicial muy desfavorable o conocimiento de la decisión de repatriación o expulsión del país).
- ✓ Intento grave de suicidio o suicidio consumado de un compañero.
- ✓ Separación del compañero, grupo o sanción.
- ✓ Cambio o traslado de centro.
- ✓ Situación de medio coercitivo o sanción de aislamiento, limitaciones regimentales o régimen cerrado
- ✓ Conflictos, intimidación y victimización dentro de la prisión.

## **6.- FACTORES PROTECTORES ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO.**

Junto con los factores y situaciones determinantes de riesgo, también pueden confluír otras situaciones y factores que protegen a las personas privadas de libertad de posibles conductas suicidas. Podemos distinguir dos tipos de factores protectores.

### **Factores de protección psicológicos**

- ✓ Buena salud mental.
- ✓ Buena salud física.
- ✓ Seguridad física y emocional.
- ✓ Autoestima, autoimagen y autoconfianza.
- ✓ Capacidad de adaptación a las nuevas situaciones.
- ✓ Capacidad de afrontamiento de situaciones adversas.
- ✓ Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
- ✓ Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales (buena capacidad de comunicación).
- ✓ Tener hijos, especialmente en las mujeres.

### **Factores de protección sociales o medioambientales**

- ✓ Apoyo familiar y social (con fuerza y calidad). Entorno de vida seguro.
- ✓ Integración social (sentido de la conexión social).
- ✓ Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos (actitud positiva ante la vida; sentido positivo de uno mismo).
- ✓ Valores culturales y tradicionales.
- ✓ Tratamiento y seguimiento psicoterapéuticos de larga duración en personas con trastornos mentales o adicciones.
- ✓ Poca exposición a los factores de estrés social y medioambiental.

## **7.- AMBITOS DE INTERVENCIÓN EN MATERIA DE SUICIDIOS Y AUTOLESIONES:**

Por contextualizar la intervención en materia de suicidio, es preciso mencionar que la misma consiste en un complejo sistema de acciones de muy diferente carácter que afectan a diferentes áreas y agentes de la intervención penitenciaria: Hay acciones de carácter general o universales, otras de carácter particular o concreto; hay acciones con población indicada, en riesgo, y para colectivos concretos; también acciones de prevención, de manejo de la conducta suicida y de postvención; también acciones de tratamiento y seguimiento, y acciones procedimentales.

Intentamos presentarlas ahora de una manera organizada, y abiertos a la incorporación de otras, que, aunque se realizan de manera transversal desde otras áreas, agentes y programas, no se recogen en el presente programa.

## **8.- PREVENCIÓN UNIVERSAL DE SUICIDIOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO.**

Desde el Centro Directivo y con la directa intervención de los Directores de los centros Penitenciarios se estimularán y completarán aquellos aspectos y acciones que permitan un continuo perfeccionamiento del sistema, mereciendo especial atención:

- ✓ Las acciones para la formación del personal, en detección y prevención de conductas suicidas, que se programan en la formación continua de los profesionales
- ✓ Profundizar en una cultura de la intervención cerca de los internos, incrementando las actividades.
- ✓ Perfeccionar el sistema de coordinación de la información.
- ✓ Intensificar la coordinación entre los profesionales de “vigilancia, tratamiento, sanidad”, que constituye una garantía para este programa marco de prevención de suicidios que incluye los tres fines principales del quehacer penitenciario: custodia, tratamiento y asistencia sanitaria.
- ✓ En los centros penitenciarios deben llevarse a cabo actividades divulgativas, de información y de formación psicoeducativa dirigidas a la lucha contra el estigma. Se entiende por estigma aquellos comportamientos discriminatorios basados en falsas creencias y prejuicios tales como:
  - Hablar abiertamente de suicidio anima a llevarlo a cabo.
  - La persona que dice que se suicidará no lo hace.

- El suicidio es imprevisible.
- La idea de suicidio es permanente.
- El riesgo de suicidio finaliza después de la crisis suicida.
- Todos los suicidas sufren una enfermedad mental.

## **9.- APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE RIESGO Y EPISODIOS SUICIDAS.**

### **a) PERSONAS INTERVINIENTES Y RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN.**

Advertida la necesaria implicación de todos los profesionales del establecimiento en este programa de intervención que debe ser, al tiempo, complejo y ágil en sus respuestas, así como las diferencias existentes entre los establecimientos de nuestro sistema penitenciario, se establecen a continuación normas mínimas de organización y funcionamiento del presente protocolo, si bien corresponderá a los responsables de cada centro la última concreción del mismo.

Cabe distinguir cuatro niveles de responsabilidad y participación en el programa:

- 1) El Director: responsable último del programa y competente para acordar tanto la inclusión en el mismo de los internos, como su baja.
- 2) Los Subdirectores de Tratamiento y de Seguridad, así como el JUAP y el Responsable del Servicio de Salud Mental, en caso de que exista la figura en el centro, son los responsables ejecutivos a la hora de adoptar las decisiones relativas a la organización, intervenciones concretas y permanente seguimiento del programa. Velarán para que la información estratégica del programa fluya de forma rápida y segura entre los profesionales que intervienen en el mismo.
- 3) En todo caso estarán siempre presentes el Médico y el Psicólogo, y en su caso el Psiquiatra para determinar las propuestas de alta y baja en el programa.
- 4) La totalidad del colectivo, tanto de profesionales como voluntarios, que desempeñan sus diferentes funciones en el establecimiento permaneciendo en posiciones más próximas a los internos, constituyen los elementos clave para la detección de casos y el posible apoyo a las diferentes estrategias de intervención.

Con independencia de los anteriores cuatro niveles de responsabilidad en el PPS, la Junta de Tratamiento deberá de llevar a cabo el seguimiento de quienes son dados de baja en el programa.

### **b) LA DETECCIÓN: SEÑALES DE ALERTA Y MOMENTOS CLAVES DE INTERVENCIÓN PARA LA DETECCIÓN.**

El deber que la Administración Penitenciaria tiene de velar por la vida, integridad y salud de los internos determina la participación activa de todo el personal adscrito a los centros penitenciarios en la consecución de tal finalidad.

Es preciso insistir en la importancia de primer orden que en toda la estrategia desplegada para la prevención de los actos suicidas en los centros penitenciarios tiene el personal de vigilancia, en virtud de la observación directa, como conocedor privilegiado de las pautas de comportamiento de cada interno y de sus variaciones.

Los principios de celeridad e ínteg administrativa inspirarán la estrategia de detección e intervención en la evitación de la conducta suicida de forma que, lejos de burocratizarse la información a transmitir, se evacue el correspondiente informe verbal o escrito a la mayor brevedad posible.

Todo profesional que desempeñe sus funciones en el Centro Penitenciario, incluso los voluntarios de entidades colaboradoras, deberá informar inmediatamente al Jefe de Servicios o Subdirector que proceda sobre cualquier incidencia significativa y señales de alerta que se detecten, en particular de las áreas de vigilancia, sanidad y tratamiento.

Las administraciones penitenciaria y sanitaria utilizarán instrumentos para la comunicación mutua, ágil y fehaciente de la información relevante acerca de los factores y situaciones de riesgo. Las comunicaciones se realizarán de forma inmediata por teléfono y además por medio de cuentas de correo electrónico genéricas, o por medio de aplicaciones informáticas de uso compartido.

### **Señales de alerta**

Hay un conjunto de situaciones que aconsejan hacer una observación más precisa por si detrás de ellas pudiera haber una conducta suicida en proceso:

- Cambios en la conducta (tristeza, aislamiento, agresividad no habitual ...).
- Regalar las pertenencias o entregar otras cosas que anteriormente se apreciaban mucho.
- Cambios en el comportamiento y en las rutinas (especialmente si tienen relación temporal con diligencias judiciales o comunicaciones).
- Aspecto triste (llanto) o decaído.
- Irritabilidad no habitual.
- No participación en las actividades de la manera habitual.
- Manifestación de sentirse mal, que no puede con las cosas que le pasan, que es una carga para la familia, que se siente culpable, con desesperanza.
- Descubrimiento de material indicativo de intencionalidad suicida.
- Alguien comenta que ha expresado ideas de muerte.
- Expresión de ideación suicida o amenaza de autolesiones.

### **Momentos claves de intervención para la detección:**

Así mismo, hay unos momentos de especial significación y de incremento del riesgo de suicidio que requieren una actuación más pautada en su observación:

#### **1.- En el Ingreso.**

El ingreso en prisión y los días posteriores al mismo acumulan experiencias especialmente estresantes para un buen número de internos que determinan un laborioso y metódico análisis de circunstancias para detectar a quienes, por sus características o peculiaridades, pudieran ser susceptibles de la aplicación de este protocolo de prevención.

Cuando el ingreso procede de otro Establecimiento Penitenciario, bien por asignación de nuevo destino, por diligencias judiciales o por tránsito de conducción, se revisará la documentación que acompaña al interno, y en especial la posible existencia intentos previos de suicidio o la inclusión, actual o anterior, en el PPS.

Los profesionales que, conforme al artículo 20 del Reglamento Penitenciario, entrevisten al interno al ingreso deberán valorar la existencia de especiales circunstancias de riesgo de suicidio, informando inmediatamente al Subdirector de Tratamiento en caso de riesgo de este tipo de conductas. No obstante, si la detección de la situación de riesgo la efectúan el Médico JUAP, Responsable del Servicio de Salud Mental o el Psicólogo, estos procederán directamente a la evaluación.

En este primer momento se explorará la posible existencia de antecedentes de episodios suicidas en el interno fuera del entorno penitenciario o en algún miembro de su familia.

## **2.- Durante el internamiento**

Cuando, en el ejercicio de las tareas de observación de los internos prescritas en el artículo 66 del Reglamento Penitenciario, un funcionario tenga conocimiento de la existencia de ideaciones suicidas o de la manifestación de conductas de cualquier tipo que pudieran aconsejar la inclusión de un recluso en el PPS, lo pondrá inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico o de los profesionales de los Servicios de Salud o de Tratamiento adscritos al departamento. Los funcionarios de vigilancia lo pondrán en conocimiento del Jefe de Servicios o del Subdirector de Seguridad, sin perjuicio de que adopten las medidas regimentales provisionales y urgentes que procedan conforme a lo previsto en el Art. 71 R.P.

En el informe del Libro de Incidencias que, a la finalización del correspondiente turno laboral firman los funcionarios, se recogerá cualquier observación, indicio o actuación relativos al presente programa que se haya producido durante el mismo.

Cualquier trabajador o colaborador de la Institución Penitenciaria que tenga conocimiento de una conducta o circunstancia que pueda conllevar riesgo de suicidio, lo pondrá inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico, o directamente de los profesionales encargados de la evaluación directa del interno; ello, sin perjuicio de que, por su habilitación profesional, inicie desde el primer momento actuaciones encaminadas a valorar y atender el caso, con independencia de las medidas urgentes y provisionales que por la Jefatura de Servicios puedan adoptarse.

## **3.- En los traslados y tránsitos entre establecimientos**

La condición de inclusión en PPS figurará de forma clara y visible en la portada del expediente, en la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados (Hoja resumen de conducción) de los internos que tengan que ser trasladados; el personal implicado en dicha intervención extremará su atención durante la misma y advertirá de tal circunstancia a la fuerza conductora.

## **4.- Situaciones especiales de riesgo**

Aunque el conocimiento que otorga la experiencia penitenciaria suele orientar y aconsejar a los profesionales un plus de atención en determinados momentos de la vida de los internos, en función de cambios que inciden en su situación de internamiento, resulta práctico distinguir algunos con carácter general.

a. **Periodos con menor presencia de profesionales:** Especial consideración merece la detección de posibles situaciones de crisis en periodos de tiempo en los que no pueda llevarse a cabo la adecuada evaluación, como los fines de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales.

En estos casos, la detección determinará la inmediata evaluación por el Médico de guardia y la adopción cautelar, en su caso, de medidas provisionales de prevención de suicidio, hasta que se produzca la correspondiente evaluación, que eleve o no a definitiva la programación cautelar adoptada.

b. **Limitaciones regimentales:**

Las limitaciones regimentales que se adopten por la Dirección, con las finalidades de salvaguardar el orden y la seguridad del Centro Penitenciario, que prevé el art.75.1 RP, serán objeto de valoración diaria por parte del Equipo Directivo, y de seguimiento por parte del Equipo Técnico y el Servicio Médico

c. **Situaciones de aislamiento, limitación regimental o régimen cerrado:** La situación de restricción de actividades en común del interno, bien por aplicación de los artículos 10 o 43 de la LOGP o en virtud de las previsiones de los artículos 72 y 75 del Reglamento, se llevará a efecto siempre con informe preceptivo del médico del establecimiento.

d. **Situaciones familiares o afectivas graves:** La incidencia que determinados acontecimientos puedan tener en los internos determina la necesidad de establecer medidas de detección en situaciones de conflictos familiares o afectivos graves o en la situación socioeconómica del recluso o sus familiares que pueda afectarle.

Los funcionarios de servicio en el departamento de Comunicaciones pondrán en conocimiento del Jefe de Servicios, para su traslado al Subdirector de Tratamiento o al mando de incidencias, si la gravedad de lo ocurrido lo aconseja, cualquier hecho o noticia recibida por los internos durante las comunicaciones y relacionadas con su situación socio familiar de las que hayan tenido conocimiento, directa o indirectamente, durante el servicio y que pudieran ser relevantes a los efectos de este programa.

El Subdirector de Tratamiento requerirá del Trabajador Social que corresponda la valoración de lo ocurrido y su incidencia en el interno. De igual forma, si cualquier miembro del Equipo Técnico, en especial el Trabajador Social o Educador, tuvieran conocimiento de conflictos familiares o afectivos lo pondrá en conocimiento del subdirector de Tratamiento a los mismos efectos.

e. La **repercusión mediática de su ingreso en prisión, delito, condena o cualquier otra vicisitud penitenciaria:** La aparición en los medios de comunicación de cualquier circunstancia que pueda determinar su estigmatización en prisión o en su futura vida en libertad.

f. La **Modificación de la situación de cumplimiento:** Será objeto de especial atención cualquier modificación en la situación de los internos tanto procesal-penal

(comunicaciones con agentes judiciales o abogado) como penitenciaria (regresiones de grado de tratamiento, no autorización de permisos de salida, denegación de libertad condicional, resolución de expulsión para internos extranjeros), las cuales pueden ser vivenciadas de forma negativa. A estos efectos la detección de la situación de riesgo, la observación y el seguimiento serán tomadas en especial consideración por el Jurista y Educador, quienes prestarán atención y asesoramiento al interno, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Especialmente se valorarán

- Sentencias condenatorias sobrevenidas por penas graves (superiores a cinco años)
- Autos resolviendo la aplicación de los límites máximos de cumplimiento
- Resoluciones de sustitución de la pena por expulsión, o expulsión administrativa al término de la pena
- Resoluciones relativas a la custodia de menores o ejercicio de los derechos de patria potestad.

g. **Próxima excarcelación:** Asimismo se valorará la proximidad de la excarcelación como situación de riesgo, incluidas las excarcelaciones temporales o parciales, como los permisos o el régimen abierto. La perspectiva de reencuentro con un escenario que pudo haber sido hostil en el pasado o que puede haber cambiado drásticamente en el presente, puede significar una situación traumática para el interno. El Trabajador Social tendrá en cuenta las dificultades de reinserción social, familiar y laboral a los efectos de este programa.

h. **La enfermedad mental** es uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida, especialmente la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los cuadros depresivos graves. Por ello resulta importante mantener clínicamente controlados a estos pacientes e incluir a todos ellos en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM), lo que mejora notablemente su control y seguimiento.

i. **Abuso crónico de sustancias:** Según datos de la OMS el abuso de alcohol es un trastorno frecuente en los casos de suicidio, especialmente si se encuentra asociado con otros problemas de salud mental, deterioro físico o desarraigo social.

Los intentos de suicidio suelen ocurrir tras un largo periodo de consumo crónico, (si bien esta situación viene siendo cada vez más frecuente en jóvenes) y en un 75% presentan recidiva. La dependencia a otras sustancias sigue patrones similares, siendo de especial consideración el aumento del riesgo ante reiterados fracasos en un tratamiento de deshabitación y la posible conducta instrumental al objeto de conseguir un tratamiento farmacológico. Este último supuesto es relevante teniendo en cuenta los altos niveles de impulsividad presentes y por ello, una pobre valoración de las consecuencias.

Por tanto, las situaciones de abuso crónico de sustancias habrán de ser comunicadas a la Dirección del Centro a fin de que se valore junto con el resto de circunstancias

j. Tipología delictiva: **Imputación o comisión de delitos de violencia de género, en el ámbito familiar, contra las personas o contra la libertad o indemnidad sexual.**

k. **Momentos de descenso de actividades:** Durante determinados periodos del año, coincidiendo principalmente con épocas vacacionales, se produce una disminución en la oferta de actividades. La falta de ocupación puede afectar notablemente al estado de ánimo de los internos. Conviene por ello disponer en los centros de actividades alternativas para estos momentos, poniendo además especial énfasis en la observación de los internos, sobre todo en aquellos lugares, como el módulo, en los que habitualmente permanecían durante menos tiempo al día.

l. **Intentos de suicidio previos y conductas autolesivas:** La conducta autolesiva previa no manipulativa y, en general, los antecedentes de intento de suicidio son claros factores de riesgo de la conducta suicida, según la OMS. Igualmente debe prestarse atención a la existencia de suicidios o tentativas en los antecedentes familiares.

**c) ADOPCIÓN DE MEDIDAS URGENTES Y PROVISIONALES.**

Cualquier trabajador o colaborador de la Institución Penitenciaria que tenga conocimiento de una conducta o circunstancia que pueda conllevar riesgo de suicidio, lo pondrá inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico, o directamente de los profesionales encargados de la evaluación directa del interno; ello, sin perjuicio de que, por su habilitación profesional, inicie desde el primer momento actuaciones encaminadas a valorar y atender el caso, con independencia de las medidas urgentes y provisionales que por Jefatura de Servicios o el resto de órganos competentes puedan adoptarse.

Las medidas de carácter provisional a ser adoptadas serán:

1. Derivación urgente al Hospital de referencia, en caso de urgencia psiquiátrica
2. Dispensa farmacológica mediante tratamiento médico directamente observado (TDO).
3. Inmovilización terapéutica acompañada de observación, conforme a la regulación de este medio coercitivo
4. Asignación urgente de interno de apoyo
5. Retirada de material de riesgo.
6. Vigilancia especial por los funcionario/as o en celda videovigilada.
7. Ubicación del interno en celdas de observación

**LA EVALUACIÓN Y VALORACIÓN CLÍNICA DEL CASO:**

La evaluación y valoración clínica se realizará por el Responsable del Servicio de Salud Mental o por el Médico de atención primaria y por el Psicólogo del Equipo Técnico correspondiente, lo antes posible a través de un Screening.

**1. Screening.**

El equipo de atención primaria llevará a cabo a la mayor brevedad posible un Screening para valorar el riesgo suicida que pueda presentar el interno. Para ello, se contará con el banco de instrumentos (escalas MINI-SAD) y recomendaciones de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Dicho Screening se realizará de forma sistemática en los siguientes casos:

- Al ingreso
- Cuando cualquier profesional haya detectado un posible riesgo suicidio.
- En los traslados y tránsitos de un centro a otro, con atención especial a la coordinación y comunicación mediante la historia clínica (Osabide global) y otros (SIP).

**Recomendaciones de entrevista para el cribado:**

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
<ul style="list-style-type: none"><li>- Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma</li><li>- Mostrar apoyo y preocupación</li><li>- Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo</li><li>- Preguntar acerca de los intentos previos</li><li>- Explorar posibilidades diferentes al suicidio</li><li>- Preguntar acerca del plan de suicidio</li><li>- Ganar tiempo, pactar un "contrato de no suicidio"</li><li>- Identificar otros apoyos</li><li>- Restringir el acceso a medios letales</li><li>- Comunicación entre profesionales</li><li>- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ignorar la situación</li><li>- Mostrarse consternado</li><li>- Decir que todo estará bien</li><li>- Retar a la persona a seguir adelante</li><li>- Hacer parecer el problema como algo trivial</li><li>- Dar falsas garantías</li><li>- Jurar guardar secreto</li><li>- Dejar a la persona sola.</li></ul>

*Fuente: Guía de Práctica clínica de prevención y tratamiento de Conducta Suicida. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*

**Banco de instrumentos: MINI-SAD**

Para la correcta evaluación de screening será necesario el uso de dos escalas.

**a) Escala MINI (durante este último mes):**

- C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?
  - ¿Hay al menos una respuesta codificada SI? SI NO
  - C2 - ¿Ha querido hacerse daño? SI NO
  - C3 - ¿Ha pensado en el suicidio? SI NO
  - C4 - ¿Ha planeado suicidarse? SI NO
  - C5 - ¿Ha intentado suicidarse? SI NO
- A lo largo de su vida:
- C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? SI NO

¿Hay al menos una respuesta codificada como SI? SI/NO

**b) Escala SAD**

*Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:*

- *Sexo: Varón*
- *Edad (Age): menor de 19 o mayor de 45*
- *Depresión*
- *Intentos de suicidio Previos*
- *Abuso de alcohol (Etanol)*
- *Razonamiento alterado (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos)*
- *Bajo Soporte Social*
- *Plan Organizado de suicidio*
- *No pareja estable*
- *Enfermedad Somática\**

*\* ver tabla de estratificación del riesgo (enfermedades SNC y fármacos).*

**Las conductas autolesivas** se consideran fenómenos típicamente comunes en la población penitenciaria y en muchas ocasiones son percibidos como una clara intención de manipulación. No es infrecuente que el interno quiera llamar la atención mediante la amenaza de suicidio o, incluso, fingiendo un intento por obtener alguna ganancia secundaria. Se cree que a veces los internos utilizan las conductas autolesivas para obtener un control sobre el ambiente, como por ejemplo que se le transfiera a un hospital o en un escenario menos restrictivo, o bien obtener un beneficio penitenciario. No obstante, conviene remarcar que cualquier signo, como pueden ser las amenazas verbales de suicidio, los intentos o las conductas autolesivas, debe ser objeto de atención y el abordaje, cualquiera que sea la forma de manifestación, debería incluir un plan de tratamiento que asuma la complejidad y la posible gravedad de este fenómeno.

Podemos definir la autolesión como cualquier acto, sin resultado mortal, en el que un individuo, de manera deliberada y sin intervención de otros, se causa un daño físico o ingiere una sustancia en una dosis superior a la reconocida como terapéutica.

En relación con el gesto autolesivo, este protocolo ya delimita las características del mismo y la actuación que procede, teniendo que aplicar igualmente el algoritmo de intervención.

Esta atención debe comenzar la práctica informando de cualquier autolesión el jefe de servicios y a los servicios sanitarios, tal y como aparece en el flujograma.

En caso de que se estime que existe un riesgo de suicidio, se debe activar el protocolo previsto en este Programa.

## **2. Estimación del nivel de riesgo de suicidio.**

**Puntuación MINI subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual):**

Si la respuesta anterior es SI especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

**Puntuación total SAD (\*\*):**

*0 - 2 PUNTOS: SIN RIESGO.*

*3 - 4 PUNTOS: RIESGO BAJO.*

*5 - 6 PUNTOS: RIESGO MODERADO*

*7 - 10 PUNTOS: RIESGO ALTO*

*(\*\*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que, ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.*

### 3. Propuesta de medidas a adoptar en función del nivel de riesgo y planes de intervención

#### Tentativa de suicidio

Entendemos por tentativa de suicidio cualquier comportamiento suicida, incluidas las intoxicaciones voluntarias y las autolesiones o las autoagresiones, que tengan una intencionalidad manifiesta de causar la propia muerte, sin conseguirlo.

#### Riesgo alto de suicidio

Las personas con riesgo alto pueden presentar una probabilidad elevada de llevar a cabo una conducta suicida. Hay que considerar especialmente que tienen un riesgo alto de suicidio las personas que recientemente (durante el último mes) hayan planificado o intentado suicidarse.

Hay que explorar otros factores de riesgo y problemas de salud que pueden contribuir a agravar la conducta suicida y que pueden ser susceptibles de mejora con medidas preventivas o terapéuticas.

#### *Criterios:*

- Principal factor: planificación o intento previo. \* agravante: último mes.
- Otros factores de riesgo: usar **MINI (C4 o C5 o (C3 + C6) y SAD (de 7 a 10 puntos).**

#### *Medidas (RESCU-E):*

- **R**etirada de objetos de riesgo.
- Celda **E**special de observación.
- **S**upervisión continua 24h (interno "sombra", vigilancia especial por los funcionarios).
- **C**ontrol de señales de alerta y factores de riesgo.
- Enviar para traslado al servicio de **U**rgencias para ingreso hospitalario en unidad de agudos de Psiquiatría o valorar ingreso en Módulo de **E**nfermería (valorar por Salud Mental), si estructuralmente es posible.

#### Riesgo moderado de suicidio

Las personas con riesgo moderado podrían tener una probabilidad moderada de llevar a cabo una conducta suicida. Hay que explorar otros factores de riesgo y problemas de salud que pueden contribuir a agravar la conducta suicida y que pueden ser susceptibles de mejora con medidas preventivas o terapéuticas.

#### *Criterios:*

- Normalmente hay ideación, amenaza y/o gesto suicida.
- Calificar moderado sobre todo si enfermedades asociadas\*.
- **Escala MINI (C3 o (C2+C6)) y SAD (de 5 a 6 puntos).**

#### *Medidas: RICO:*

- **Revisión** de objetos de riesgo.
- **I**nterno de apoyo (en celda y en actividades no colectivas).
- **C**ontrol señales de alerta y factores de riesgo (SAD).

\*Permanecer en el mismo módulo a ser posible o valorar traslado a módulo de enfermería **si** estructuralmente fuese posible

#### Riesgo bajo de suicidio

Las personas con un riesgo bajo tienen una probabilidad reducida de llevar a cabo una conducta suicida. Hay que explorar otros factores de riesgo y problemas de salud que pueden contribuir a agravar la conducta suicida y que pueden ser susceptibles de mejora con medidas preventivas o terapéuticas.

#### *Crterios:*

- Normalmente ideación (deseo de desaparecer, no sufrir) y sin planificación/intentos previos
- **Escala MINI (C1 o C2 o C6) y SAD (de 3 a 4 puntos).**

#### *Medidas RICO (\*):*

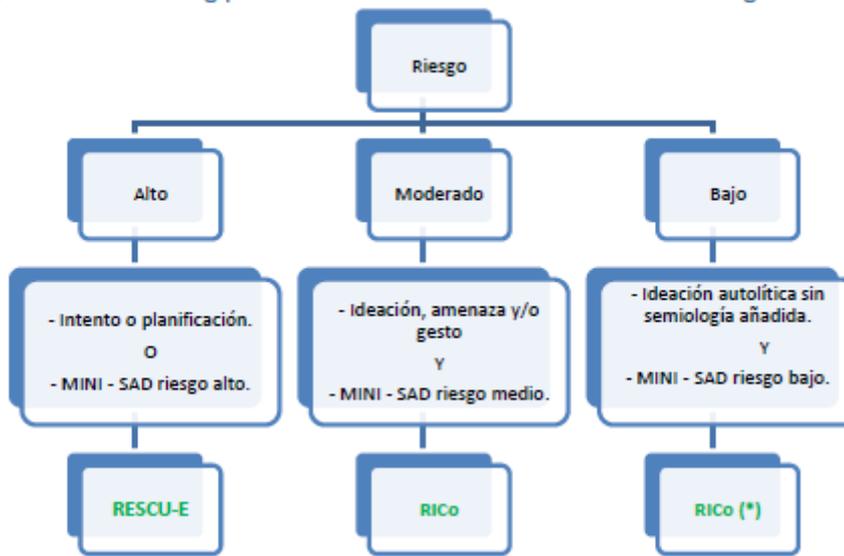
- **R**evisión objetos de riesgo.
- **I**nterno de apoyo, acompañamiento nocturno en celda.
- **C**ontrol de señales de alerta y factores de riesgo.

**(\*)** Tratar factores comórbidos como plan de salida de PPS.

*(\*) Aunque es aplicable a todos los niveles, es previsible la retirada progresiva de las anteriores 3 medidas si lo comparamos con el moderado. Hay que explorar otros factores de riesgo y problemas de salud que pueden contribuir a agravar la conducta suicida que pueden ser susceptibles de mejora con medidas preventivas y terapéuticas.*

#### **Flujogramas de intervención en la Detección y evaluación:**

## Flujograma de Screening para activación de PPS en el momento del ingreso



Notificar de forma inmediata  
al Director o al mando de incidencias y al médico de guardia

Plan de intervención – Salud Mental

**i) Estimación del riesgo y establecimiento de medidas durante la estancia en prisión**

- 1) Cualquier detección o **sospecha de riesgo de suicidio** se notificará al jefe de servicios, el cual ha de notificarlo al director -o al **mando** de incidencias y a los servicios sanitarios (médico de guardia fuera de horario). Se realizará la estratificación del riesgo suicida (MINI- SAD) y se activarán las medidas en función del mismo (*pág. 10-12*).
- 2) Entre **24-72h (siempre lo antes posible)** se notificará al equipo de Salud Mental para valoración. De lunes a viernes, comunicarlo ese mismo día o al día siguiente si es detectado por la tarde. En caso de viernes tarde o fin de semana, comunicarlo el mismo lunes.
- 3) El equipo de Salud mental activará el **Plan de intervención** con las frecuencias de seguimiento especificadas en el apartado anterior. Se contemplará intervención psicoterapéutica y psicofarmacológica si fuese precisa, con la elaboración de un plan de seguridad que evite la aparición de nuevos actos suicidas.

## Flujograma de activación del PPS de cualquier interno/a durante su estancia en prisión

Detección de posible riesgo suicida por cualquier trabajador/a o profesional de CP o sanitario.

Por vía telefónica en los números corporativos de guardia

oficina coordinación interna. Administrativo jefe de servicios

oficina jefe de servicio

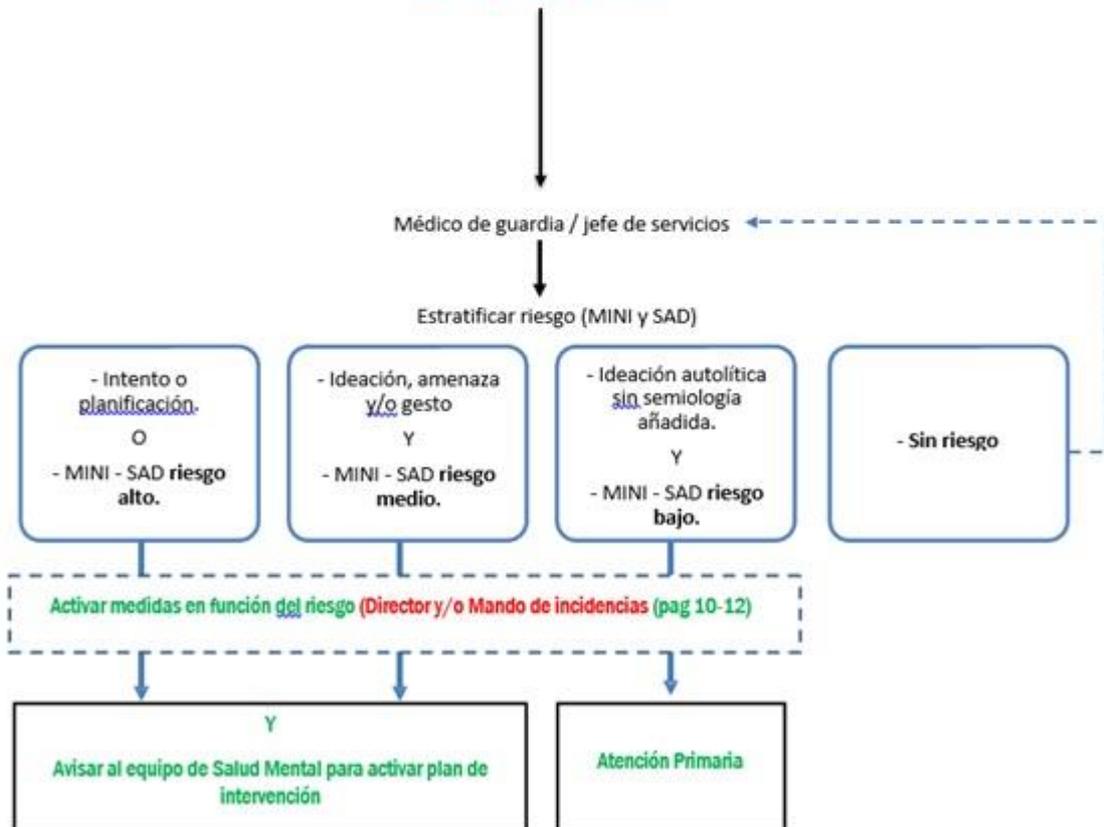
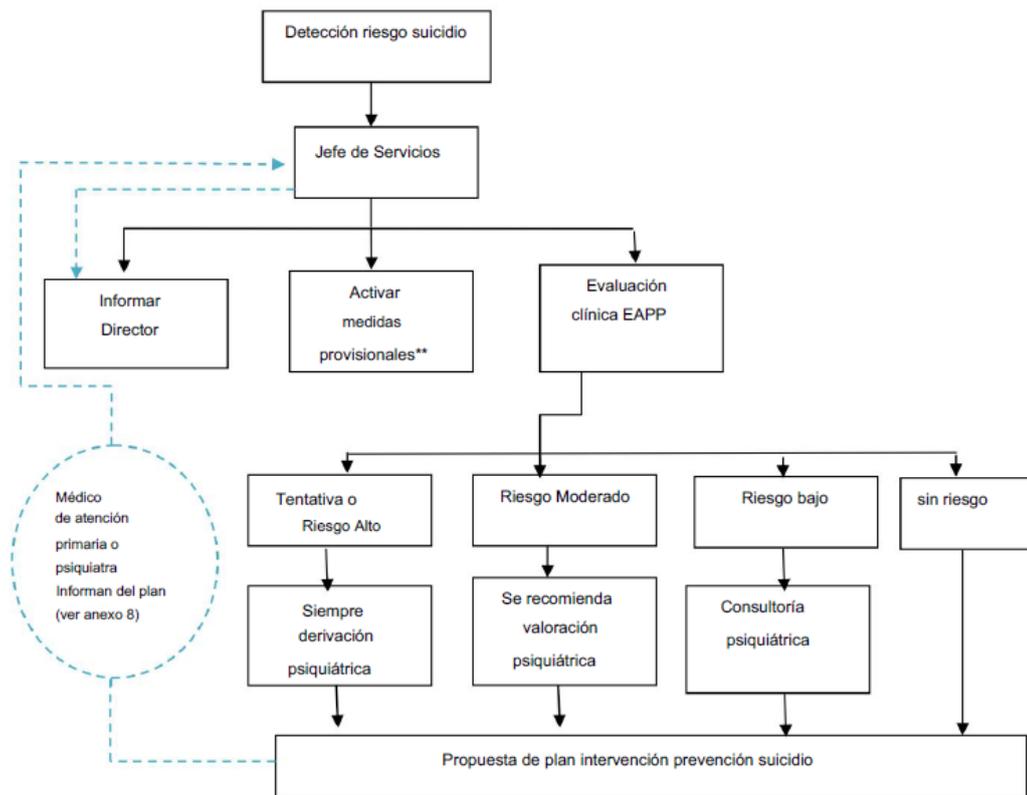


Figura 1. Acciones vinculadas a la evaluación del riesgo de suicidio.



\*\* Por medidas provisionales se entienden: no dejar al interno/a solo/a, garantizar que estén permanentemente observados en la celda por funcionario o cámara y/o retirar objetos con los que se pueda autolesionar.

Las comunicaciones a las que se refieren estos diagramas se realizarán de forma inmediata por teléfono y además por medio de cuentas de correo electrónico genéricas, o por medio de aplicaciones informáticas de uso compartido

**d) PROPUESTA DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE PPS Y PLAN DE INTERVENCIÓN.**

Efectuadas ambas entrevistas se reunirán los profesionales responsables aportando:

- Psicólogo:
  - Instrumento de detección incluido en anexo o el que el profesional estime conveniente.
  - Evaluaciones psicológicas previas de que disponga
- Médico:
  - Resultado de la evaluación al ingreso (Modelo Sanitario-5 de obligado cumplimiento).
  - Evaluación de riesgo de acuerdo a los instrumentos referidos.
  - Información sobre antecedentes de enfermedades mentales si se dispone.

Ambos profesionales dispondrán tanto de la información procesal-penal y penitenciaria que puedan extraer de la explotación del SIP o aquellos que a su solicitud pueda facilitarles la Oficina de Gestión, así como de los resultados de las entrevistas llevadas a cabo de acuerdo con el artículo 20 del RP.

Así mismo, estos profesionales deberán disponer, aparte de la información propia de su especialidad relativa al interno, de un informe social sobre su situación presente.

Como resultado de la deliberación y evaluación conjunta, ambos profesionales propondrán de forma razonada la inclusión o no del interno en el PPS a la Dirección, que fijará las medidas con el concurso de los Subdirectores de Tratamiento, Seguridad y responsables de los servicios sanitarios.

**e) ALTA EN EL PROGRAMA PPS.**

El Director deberá de tener conocimiento de todos los casos estudiados por el Médico y el psicólogo, aunque la propuesta de los Subdirectores sea no incluirlos en el programa.

El Director del Establecimiento emitirá la Orden de Dirección de Alta en el programa de PPS, responsabilizándose de su cumplimiento los diversos departamentos y, de modo concreto, las áreas de Tratamiento, Sanidad y Seguridad a través de sus Subdirectores y responsables.

Las Órdenes de Dirección de inclusión en PPS se pondrán en conocimiento de la Junta de Tratamiento en su primera sesión ordinaria.

Las medidas acordadas y su duración deberán ajustarse a los niveles de riesgo detectado.

Igualmente se dispondrá de una "Carpeta personal del interno en PPS", que se integrará en su protocolo, en la que se recogerá cuanta documentación genere la situación del interno en el programa, así como cuantos datos de detección o control aporte el personal del Centro Penitenciario.

Las administraciones penitenciaria y sanitaria acordarán las fórmulas para compartir la información relevante para el seguimiento de las personas sujetas al Protocolo

**f) SEGUIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CADA PPS Y DEL ESTADO DE LA PERSONA INTERNA.**

No existirá un plazo máximo ni mínimo de permanencia en el programa PPS, la participación y permanencia dependerá de la evolución y valoración personalizada de la persona interna en el mismo.

No es deseable una cronificación de la inclusión en PPS, pero se debe ser especialmente precavido para no efectuar un levantamiento prematuro de las medidas aplicadas ante una aparente modificación externa del comportamiento o la mera verbalización del interno sobre su mejoría, que podría encubrir una actitud instrumental para la elusión del programa.

Se procurará, además, que no se realice el levantamiento de todas las medidas a la vez, sino éste se lleve a cabo de forma progresiva.

Los responsables de los servicios sanitarios, el subdirector de Tratamiento y de Seguridad, de forma conjunta, son los responsables del seguimiento de la evolución de los internos incluidos en el PPS hasta que se haya producido su baja en el mismo. A tal efecto:

- Decidirán los profesionales concretos que deben de llevar a cabo las tareas de observación e intervención sobre los internos.
- Velarán para que estas actividades se realicen de forma efectiva y óptima.

- Valorarán los informes periódicos efectuados por los profesionales.
- Acordarán los cambios que deban de introducirse en las medidas y estrategias seguidas.
- Propondrán la baja al Director en el momento que consideren oportuno.

La observación e intervención con los internos incluidos en el PPS se llevará a cabo por los miembros del Equipo Técnico, Médico y Jefe de Servicios que acuerde el mencionado Equipo de Subdirectores; serán, normalmente, los profesionales que correspondan al interno en función de su ubicación o clasificación interior durante el programa.

Cada uno de estos profesionales realizará semanalmente un breve informe que recogerá, de forma sucinta pero concreta, los momentos de la intervención con el interno, el comportamiento observado y si procede, a su juicio, introducir algún cambio, atenuación o supresión de las medidas al interno. Harán llegar dichos informes al Subdirector de su área funcional.

A la vista de tales informes, el Equipo de Subdirectores valorará las decisiones a adoptar, revisando semanalmente con el Director todos los casos que se encuentren incluidos en el PPS y proponiéndole las bajas en el momento que consideren oportuno.

Las propuestas de baja recogerán la temporalización y forma como deberá de producirse ésta, las medidas a adoptar en un primer momento hasta que tenga lugar la 1ª revisión por la Junta de Tratamiento (entre las que se recogerá siempre el acompañamiento en celda), así como la fecha en la que se efectuará la primera revisión de la evolución del interno, que como máximo será transcurrido un mes.

Por parte de las Subdirecciones de Tratamiento y los responsables de servicio médico se acordará un calendario de seguimiento que garantice que la atención recibida responda a una distribución eficiente del tiempo, y cubra los periodos de tiempo de menor presencia de personal

**a. Control por los Servicios Médicos:**

- Consulta médica programada.
- Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
- Dispensa farmacológica mediante tratamiento médico directamente observado (TDO)
- Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.

**b. Intervención desde los Servicios de Tratamiento:**

- Consulta psicológica programada.
- Seguimiento directo por Educador.
- Valoración por Trabajador Social.
- Contacto y asesoramiento familiar.

**c. Control por las Unidades de vigilancia:**

- Vigilancia nocturna.
- Vigilancia especial.

- Retirada de material de riesgo: En todo caso y para garantizar la dignidad y cobertura de las necesidades de abrigo de los internos no se retirarán de las celdas la ropa personal ni la ropa de cama, salvo que por el estado del interno sea ordenada expresamente la retirada de dichos elementos, en cuyo caso deberá ir acompañado de otras medidas complementarias de observación.
- Ubicación en celda especial de observación.
- Seguimiento de incidencias en las comunicaciones.

#### **d. Régimen de vida**

- Acompañamiento continuo (24 horas) por interno de apoyo.
- Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
- Favorecer comunicaciones, telefónicas o presenciales, con la familia y medio social.
- Potenciar participación en actividades.

#### **e. Acompañamiento de interno de apoyo**

Para contribuir en las tareas de seguimiento, apoyo y atención de aquellos internos que se encuentren dados de alta en el PPS o en situaciones de malestar emocional significativo, así como para colaborar en la observación preventiva de sus compañeros, todos los establecimientos seleccionarán, instruirán y mantendrán actualizado un grupo de Internos de Apoyo que desempeñarán diferentes funciones encaminadas todas ellas a la disminución del riesgo de suicidio en los establecimientos.

Entre estas funciones pueden distinguirse:

- a. Acompañamiento a internos incluidos en el programa PPS, con diferentes niveles de seguimiento:
  - Compartir celda
  - Acompañamiento, además, en todas las actividades no colectivas.
  - Acompañamiento las 24 horas (IA sombra)
- b. Presencia en espacios y momentos especialmente sensibles, como es el Departamento de Ingresos.
- c. Observación preventiva en módulos ordinarios.

Las personas que lleven a cabo las labores de apoyo del PPS serán las que formen parte de Taller Socio-sanitario que la Entidad Aukerak mantiene en los Centros.

La incorporación al Taller de internos de apoyo se acordará por la Junta de Tratamiento previa solicitud del candidato, informada por el Funcionario encargado del Módulo en que resida el interno y por su Educador y posterior realización de entrevista por parte del psicólogo y del médico. Para estas tareas pueden seleccionarse de forma indistinta internos penados y preventivos.

La formación de los internos de apoyo corresponderá a la entidad Aukerak, sin perjuicio de la orientación e instrucción adicional que puedan recibir de los equipos técnicos y sanitarios.

La Junta de Tratamiento del Establecimiento Penitenciario resolverá sobre la incorporación o no del candidato.

Se pretende con ello que el interno de apoyo adquiera conciencia de la función a desempeñar, su importancia y objetivos, proporcionándole sencillos conocimientos sobre la detección de circunstancias clínicas de riesgo, técnicas de escucha activa, comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios.

Los contenidos se abordarán a un nivel básico, con una metodología activa y eminentemente participativa.

La actividad formativa de auxiliar socio-sanitario para los internos de apoyo, se impartirá cuantas veces sea necesario para garantizar que el grupo alcance entre un 2% y un 3% de la población que albergue el Establecimiento Penitenciario. Salvo en situaciones de extrema necesidad, nadie ejercerá funciones de interno de apoyo sin haber recibido esta formación básica.

El Equipo de Subdirectores asignará, de entre los disponibles, al interno de apoyo que debe atender a un caso incluido en PPS, así como a los profesionales, dentro de su correspondiente área funcional, que deben impartir las instrucciones específicas al interno de apoyo. Estas instrucciones se impartirán en presencia del Funcionario encargado de la Vigilancia del Módulo en el que vaya a desempeñar la actividad.

Excepcionalmente se podrá asignar un interno o interna de apoyo que no forme parte del Taller Socio sanitario siempre que por su relación con la persona sujeta al PPS se estime conveniente

En todo caso el Educador mantendrá un contacto diario con los IA, de forma que siempre pueda disponer de información actualizada sobre la evolución de los internos incluidos en el programa.

La falta de interés en el desempeño de la actividad, la notoria incapacidad, el incumplimiento de las normas que se le impartan o la ausencia injustificada a las reuniones de coordinación y actualización que se convoquen, serán causa de exclusión del grupo de internos de apoyo, mediante acuerdo de la Junta de Tratamiento.

La colaboración que prestan los “internos de apoyo” para el logro de un objetivo encomiable y valioso cual es disminuir el riesgo de suicidio en el medio penitenciario debe, ante todo, ser reconocido por la Administración y los profesionales que la integran.

Por otra parte, los internos que prestan esta colaboración constituyen un activo que debe de ser cuidado, registrado y conocido. A tal fin, se grabará en el sistema SIP la “situación de interno apoyo PPS” a los internos que hayan recibido la debida formación y se encuentren ejerciendo tareas de apoyo en el presente programa. Corresponde a la Junta de Tratamiento disponer que se efectúe la grabación de tal condición, de la que quedará la debida constancia en el expediente personal del interno (diligencia en las hojas penitenciarias). Tal condición debe de aparecer igualmente recogida en el “Resumen de situación procesal, penal y penitenciaria” del interno, pudiendo así ser claramente identificada en el supuesto de que éste sea trasladado a otro establecimiento.

Todo ello sin perjuicio de que se haga constar obviamente el ejercicio de estas tareas en el Registro de Actividades, a fin de incluirlas en la evaluación periódica.

En la Jefatura de Servicios de todos los establecimientos habrá una relación actualizada con los internos de apoyo existentes en cada uno de los módulos, que obra también en la Consulta de Situación de Módulo del SIP

Obviamente estas actividades, aparte de constituir una aportación útil para otros internos y para toda la colectividad en último término, constituyen signos claros de una línea de reeducación y reinserción para la que el ordenamiento penitenciario tiene reconocidas instituciones como son las recompensas y los beneficios penitenciarios. Por ello los órganos competentes del establecimiento -Comisión Disciplinaria y Junta de Tratamiento- deben de conceder tanto las recompensas como los beneficios que consideren procedentes y útiles para la debida incentivación de estas actividades.

En cuanto a las recompensas, no se obviarán las previstas en los apartados d) y f) del artículo 263 en relación con los artículos 256 y 261, todos ellos del Reglamento Penitenciario.

Por lo que a los beneficios penitenciarios respecta, a los efectos previstos en el artículo 206 del RP y regulados por la I. 17/2007, se considerarán desempeñadas en grado extraordinario las actividades de interno de apoyo siempre que no se hayan producido hechos objetivos que impidan tal calificación.

**f. Cualquier otra medida que el Equipo Técnico estime pertinente al caso.**

**g) BAJA DEL CASO EN EL PPS.**

Oído el parecer de los Subdirectores y los responsables, el Director adoptará los acuerdos de baja en el programa que considere procedentes. En los casos de duda o disparidad de criterios, deben de primar principios de protección sobre el interno y de minoración del riesgo.

El Director del establecimiento posee en todo momento la última decisión y responsabilidad sobre la aplicación y mantenimiento del programa a cada interno concreto.

Con carácter general cuando la baja en el programa conlleve un cambio en la ubicación interior, la baja en el programa se demorará al menos una semana, hasta cerciorarse de la adaptación del interno a la nueva separación interior, salvo que se considere que la modificación puede favorecer el cumplimiento de los objetivos del Programa.

Asimismo, se evitará igualmente efectuar la baja de forma previa a un traslado previsto de establecimiento.

Las órdenes de baja se recogerán en la documentación del interno y se comunicarán a la Junta de Tratamiento que, a partir de ese momento, como órgano responsable del seguimiento del interno, adoptará directamente y hará ejecutar todas aquellas medidas que deban de adoptarse sobre quienes han causado baja en el PPS.

La primera revisión de los internos que han causado baja se realizará en la fecha fijada en ella, con independencia de que cualquier circunstancia sobrevenida aconseje examinar de nuevo el caso. En función de la evolución observada, la Junta de Tratamiento adaptará las medidas a incluir o mantener y fijará la cadencia de las sucesivas revisiones. Los resultados de dichos seguimientos quedarán reflejados en la carpeta del PPS, de forma que el seguimiento no se interrumpa en el supuesto de un posible traslado de establecimiento.

Obviamente, si el seguimiento de los internos que han causado baja en el PPS evidencia síntomas o circunstancias que incrementan la situación de riesgo, tal eventualidad se pondrá lo antes posible en conocimiento de Médico y Psicólogo, a través de los dos Subdirectores miembros de la Junta, con el fin de que pueda evaluarse una posible nueva aplicación del PPS.

Los antecedentes de inclusión en el PPS se valorarán y quedarán reflejados en las sucesivas decisiones que se planteen sobre el interno (revisiones de grado, propuesta de permisos, etc.). Igualmente deberán de ser contemplados y valorados en el caso de que se produzca algún incidente regimental.

#### h) **MEDIDAS ORGANIZACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO:**

Previamente se ha hablado de las medidas de aplicación a internos concretos, bien sea de manera provisional y urgente, bien sean de carácter estable fruto de la evaluación del riesgo concreto.

El elenco de medidas descritas, sin perjuicio de otras que pudieran adoptarse al efecto también, determina que los profesionales deban elegir las más adecuadas de entre ellas, en función de las características de cada caso y momento, procurando huir del automatismo en su aplicación, utilizando para ello criterios de especificidad y suficiencia.

Junto a estas, conviven que de manera estable y con carácter estructural se puedan tomar otras medidas preventivas organizacionales. La esencia de estas determina que no se apliquen a internos concretos sino al funcionamiento del establecimiento penitenciario en su conjunto, incidiendo sobre determinados espacios, momentos y procedimientos que se han considerado significativos a los efectos del presente programa.

#### **Medidas Preventivas Organizacionales**

- ✓ Se vigilará la correcta composición en todo momento del Equipo Técnico de atención a Ingresos, y el buen funcionamiento del Protocolo de acogida de internos al ingreso, conscientes del carácter crítico que este momento posee, sobre todo para los ingresos primarios procedentes de libertad.  
Dicho Equipo revisará diariamente el libro de movimientos para conocer los nuevos ingresos, y deberá recabar de cada oficina la información que sea necesaria para valorar las circunstancias en relación con la detección del riesgo
- ✓ El Equipo Técnico de Ingresos procurará que los funcionarios que prestan servicio en los departamentos de Ingresos y Tránsitos (donde lo hubiera) dispongan de una información y sensibilización adecuadas para detectar cualquier situación o comportamiento de un interno que aconseje la inmediata puesta conocimiento del Jefe de Servicios para adoptar, si procede, alguna medida urgente.
- ✓ En los departamentos de ingresos existirá siempre un interno de apoyo, bien con carácter fijo o rotatorio dentro del grupo que de estos internos posea el establecimiento.
- ✓ Con carácter general, los ingresos permanecerán en celda compartida, evitando así situaciones de aislamiento. En los momentos en los que su número sea impar se completarán las parejas con el interno de apoyo o alguno otro de confianza.
- ✓ El psicólogo del Equipo Técnico de Ingresos entrevistará en el departamento de ingresos, a los internos que ingresen de libertad. Más allá de la función de clasificación interior propia de este primer momento, desempeñará su labor clínica detectando cualquier estado o situación que aconseje actuaciones inmediatas o a medio plazo, de acuerdo con la presente Instrucción.
- ✓ Con el fin de posibilitar la debida observación de los internos que tengan aplicado el PPS, se evitará su ubicación en Módulos de Respeto de alta exigencia o nivel 3.
- ✓ Los traslados entre establecimientos penitenciarios de internos que tengan aplicado el protocolo de prevención de suicidios (PPS), sin perjuicio de otras medidas establecidas,

conlleven obligatoriamente que el director del centro de origen remitirá al menos con 24 horas de antelación un correo electrónico a las direcciones oficiales del Director y Subdirector de Seguridad del centro de destino, en el que se informe de tal condición y de las medidas que tenga aplicadas. Dicho correo se remitirá con copia a los indicados responsables de los establecimientos de tránsito, si éstos se conocieran.

- ✓ Cuando se traslade de establecimiento a un interno que tenga aplicado el PPS, constará claramente tal condición en la portada de su expediente, en la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados.
- ✓ Asimismo, con carácter general, los tránsitos estarán en celda compartida evitando situaciones de soledad, especialmente en las situaciones de riesgo y, en todo caso, si tienen ya aplicado el PPS por el centro de origen. Los funcionarios de vigilancia mantendrán una observación directa lo más frecuente posible de los internos en tránsito.
- ✓ En el Departamento de Ingresos y Tránsitos, siempre que lo permitan las circunstancias y principios de orden regimental de cada establecimiento, se evitará la prolongación de la permanencia en situación de observación en ingresos más allá del tiempo imprescindible.
- ✓ Se facilitarán las llamadas reglamentarias a las familias en el momento del ingreso y siempre que se considere procedente por razón de una circunstancia especial sobrevenida.

## **10.- ATENCIÓN A COLECTIVOS DE MAYOR RIESGO.**

La intervención en la prevención del suicidio debe adaptarse a los requisitos específicos de los diferentes perfiles de población penitenciaria, especialmente en lo que se refiere a los jóvenes, a las mujeres y a los transgénero.

En jóvenes, es necesario adaptar la intervención a las necesidades de educación, de actividad física o de gestión del tiempo, entre otros, que presenta este colectivo en esta etapa de su ciclo vital.

Se constata un porcentaje superior de casos en aquellos jóvenes sin soporte o vínculo familiar. También en aquellos con antecedentes disciplinarios o legales, y, en los que en su núcleo familiar no está exento de algún problema psicopatológico.

Una vida familiar conflictiva, deteriorada o desestructurada, puede ocasionar sentimientos de desesperanza y pérdida de control, que puede abocar al rechazo y abandono familiar. Un factor también primordial es el hecho de que el joven haya sufrido abusos en manos de compañeros o adultos o que tenga o haya tenido conflictos de identidad sexual a lo largo del tiempo.

Otros factores que influyen en los actos o intentos suicidas en jóvenes, pueden estar relacionados con el hecho de saber que alguna figura muy destacada, relevante y de trato cercano con el joven, se ha suicidado. Otro que influye, es haber sufrido alguna situación humillante, como sería el fracaso académico, laboral, los conflictos de carácter interpersonal con una pareja romántica o su pérdida.

La incapacidad para hacer frente a los retos académicos, los conflictos de género, las tensiones de la propia vida y las situaciones relacionadas con la baja capacidad de resolución de problemas, conducen a un sentimiento de baja autoestima.

La orientación de los jóvenes con riesgo suicida debe centrarse en el tratamiento cognitivo conductual con énfasis en la capacidad para enfrentar problemas. Una eficaz debe conseguir alcanzar un cierto nivel de auto comprensión, identificar los sentimientos conflictivos, aumentar la autoestima, cambiar el comportamiento de inadaptación, capacitar al joven en la resolución de conflictos y en el que adquiera unas pautas de interacción efectiva con los compañeros.

Las mujeres representan una proporción minoritaria de la población penitenciaria, actualmente en torno al 7%. Sin embargo, los rasgos y necesidades que presentan distan de la población masculina

Este colectivo requiere abordarse con un tipo de intervención que tenga en cuenta la perspectiva de género. Así pues, la organización y la atención profesional para mujeres debe tener en consideración los requerimientos especiales de salud, sus condiciones de vida, sus intereses, los factores sociales y los posibles antecedentes de victimización en delitos violentos que están presentes de forma prevalente en este sector de la población.

Por otra parte, al acceder a las mujeres, será necesario tener un cuidado especial para garantizar la igualdad de oportunidades en la entrada a la educación, la cultura y la atención psicosocial, para evitar cualquier tipo de discriminación por razón de género.

Aunque la gran mayoría de los suicidios en los centros penitenciarios son perpetrados por hombres, las mujeres en prisión también tienen un alto riesgo de suicidio. Las internas a la espera de juicio lo intentan con mucha más frecuencia que las mujeres no reclusas y que los hombres en prisión.

Aunque se necesitan más perfiles de riesgos específicos y diferenciados, para mujeres a la espera de juicio o ya juzgadas y sentenciadas, se constata que en general todas tienen poco apoyo social y familiar, conductas suicidas, antecedentes de enfermedad psiquiátrica y problemas emocionales. Esto hace que, si procede, deban recibir especial atención y ser incluidas en los programas de prevención de suicidio.

En cuanto a la población transgénero o en situaciones transfobas, recordar que en ocasiones las conductas transfobas pueden desembocar en una situación de acoso transfobo, donde pueden confluir los sentimientos de baja autoestima, el sufrimiento, la soledad, la disforia (ansiedad), la depresión, los síntomas psicósomáticos, el abandono académico, la automarginación, la falta de referentes, la mayor vulnerabilidad individual frente a enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el riesgo de suicidio, entre otros.

Cada vez hay más evidencia de que los jóvenes que luchan con cuestiones de sexualidad y se enfrentan a la identidad de género tienen un mayor riesgo de suicidio y de auto lesionarse, tema todavía no suficientemente explorado desde una perspectiva cualitativa.

Varios estudios coinciden en señalar que los jóvenes LGBTI han oído de forma continua o por períodos, sentimientos de culpa, auto-rechazo, tristeza, aislamiento, depresión, ideación suicida e intento de suicidio. Los resultados muestran que la conducta suicida y los síntomas asociados a depresión y ansiedad fueron los problemas de salud mental más importantes de los entrevistados, sobresaliendo en su proceso de construcción de la identidad por orientación sexual.

## **11.- POSTVENCIÓN.**

El manejo de los episodios suicidas no se extingue con el abordaje propiamente del caso, sino que se ha de extender posteriormente de manera concreta a las comunidades afectadas y, de manera general, posibilitar el análisis y aprendizaje de las experiencias vividas a un nivel organizacional.

La finalidad es la de reducir y minimizar en la medida de lo posible el impacto del hecho traumático, y favorecer la capacidad de adaptación, resistencia y habilidades de afrontamiento de las comunidades afectadas.

Con carácter concreto, tras el suceso de un episodio suicida, se ha de ofrecer información y apoyo a los siguientes colectivos:

**A los internos/as:**

Hay que asegurarse de que los internos/as que se encuentran significativamente afectados por una muerte por suicidio dispongan de un espacio y oportunidad para hablar de sus sentimientos. Hay que prestar asistencia a entender cómo se sienten y, si es necesario, vincularlos a un mayor soporte.

**A los profesionales de prisiones:**

Una muerte por suicidio o una tentativa de suicidio impactan directamente en las profesionales que trabajaban con esa persona. Cada centro penitenciario dispondrá de un espacio estructurado para poder ventilar emocionalmente las cuestiones que se deriven de un hecho tan trágico (culpa, rabia, tristeza...) y orientar las inquietudes y dudas que puedan generar malestar en el equipo y/ o burn out en un futuro.

**A las familias y personas cercanas**

Ante un suicidio consumado, será la Dirección del centro quien comunicará a la familia el hecho luctuoso.

Así mismo se facilitará a la familia la información y el máximo apoyo posible dentro de las competencias de la administración penitenciaria, y se le informará sobre los servicios públicos, comunitarios o del tercer sector que puedan ofrecerles ayuda.

En el caso de suicidios no consumados, y de acuerdo con lo previsto en el art.216 RP para los casos de enfermedad grave, se comunicará el hecho y las medidas adoptadas a la familia por parte de la persona que designe la Dirección; salvo en los casos que se considere no conveniente hacerlo para garantizar la no instrumentalización del hecho por parte del interno o de su familia, y cumplir así con el objetivo de la presente instrucción.

La Guía sobre prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares puede ser una herramienta de ayuda en el ámbito del trabajo social. Aunque existen otras muchas que pueden ser de interés: en la Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio [www.fsme.es](http://www.fsme.es) se ofrece material útil para la prevención, guías profesionales, etc.

Con carácter general, se procederá al **análisis de los suicidios consumados**

El análisis de los suicidios consumados pretende establecer mecanismos y procesos que faciliten el análisis de las muertes por suicidio y la implantación de mejoras en distintas áreas de la organización.

El análisis de los suicidios consumados tiene como objetivo:

- Profundizar en el conocimiento que se tenía antes de la presentación de la conducta suicida.
- Conocer la monitorización realizada antes de los hechos. Mejorar la detección, evaluación y predicción de la conducta.
- Mejorar la intervención.
- Revisar y mejorar, en su caso, el catálogo de estrategias preventivas.
- Proponer la adecuación de las infraestructuras para que sean el máximo de seguras para prevenir los suicidios dentro de los centros de salud.
- Ofrecer una atención específica una vez se ha producido el suicidio, ya sea por familiares y entorno cercano a los profesionales implicados. Este tipo de soporte debe ser definido, regulado y comunicado (segundas víctimas).

Con independencia de la obligada y puntual comunicación a la Inspección Penitenciaria de los episodios de suicidio por parte del Consejo de Dirección del centro, este análisis se realizará mediante reunión multidisciplinar de los profesionales de los diferentes ámbitos de actuación (vigilancia, rehabilitación y salud) conocedores del caso y será instada por la Dirección del centro o por el Servicio de Análisis e Inspección Penitenciaria de los servicios centrales.

Dada la complejidad para recabar información relevante pasado el tiempo, es necesario que el proceso de indagación analítico del suceso fatídico comience lo antes posible y con una metodología "concreta" o procedimiento.

Tal como se señala en los principios que persigue este protocolo es preciso aprender de todas las incidencias relacionadas con las muertes por suicidio, las tentativas de suicidio y las autolesiones. En materia de seguridad clínica que es a lo que se refiere este apartado se postula que se aprende más de los casi incidentes que de los incidentes consumados. No obstante, en este apartado nos ceñiremos al estricto caso de suicidio consumado emplazándonos a que en la medida de nuestras posibilidades podamos abarcar en el futuro el análisis de los intentos de suicidio.

Así, en todos los casos de muerte por suicidio se debe llevar a cabo un análisis con los profesionales de los diferentes ámbitos de actuación conocedores del caso. Los objetivos son aprender de las deficiencias existentes, identificar en qué se puede mejorar para que no se vuelvan a repetir y aportar ideas desde todas las vertientes profesionales.

Para ello, la técnica más adecuada de aplicar es el Protocolo de Londres. (Taylor-Adams, Sally and Vincent Charles. System Analysis of clinical incidents: the London Protocol. Versión del año 2004).

Se ha elegido esta metodología ya que se considera la más completa, estructurada y metódica para el análisis de eventos adversos. Permite analizar toda la cadena de sucesos, así como evaluar de forma estructurada y sistemática los factores que contribuyeron a que el incidente tuviera lugar, con el objetivo final de descubrir cuáles fueron las carencias y deficiencias del sistema y aportar recomendaciones para su corrección o mejora.

Este protocolo se basa en el modelo de organización de accidentes de James Reason. De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización, se transmiten hacia abajo a través de los canales departamentales, protocolos y otros métodos de comunicación, llegando finalmente a los sitios de trabajo, donde son ejecutadas. Si se produce algún fallo en la comunicación por diferentes causas o no se ejecutan los procedimientos según están estipulados por diferentes razones, o son incompletos o inadecuados, se pueden crear las condiciones que pueden dar lugar a incidentes de diversa índole. Si se conocen previamente esas situaciones problemáticas, se pueden introducir barreras para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de éstos "a priori". Si no se conocen, el

análisis de las incidencias ya ocurridas permite detectarlas y corregirlas “a posteriori”. También puede ocurrir que, aun existiendo barreras preventivas, estas fallan se omiten o no eran adecuadas, lo que conduce a que se produzca el incidente que se pretendía evitar. Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado. Se busca la causa de los fallos y con las conclusiones se introducen mejoras en el sistema de barreras preventivas con el fin de minimizar o si es posible evitar incidentes similares en el futuro.

De manera resumida, las fases del proceso de análisis son las siguientes:

- La primera actividad del proceso de análisis es la reconstrucción completa de los hechos acaecidos, **Recopilación de la información: ¿qué pasó?, ¿Cómo pasó?** de forma que se establezca la **Secuencia cronológica**.
- A continuación, esta secuencia se confronta con los protocolos previamente aprobados, las normas o la práctica reconocida **¿Qué debería haber pasado?**, de forma que se puedan identificar, si se produjeron, situaciones problemáticas o fallos en la ejecución de las tareas.
- El paso siguiente **Identificar todos los Problemas y fallos. Para cada problema, buscar factores contribuyentes y causas relacionadas con cada uno**. Para cada problema se analiza si estuvo relacionado con: factores personales de los profesionales implicados, formación, organización de las tareas, reconocimiento del liderazgo, comunicación, infraestructuras equipamientos...
- **Una vez identificados los factores contribuyentes, se investigan las causas** por las que se produjeron los fallos del sistema
- **Conocidas las causas, se establece** para cada una de ellas una acción correctora y se llevan a cabo recomendaciones para su implantación.

Así mismo existirá una **Comisión de seguimiento y evaluación del programa de prevención de suicidios** interdepartamental (Justicia, Salud, Osakidetza) que, con la periodicidad que resulte necesaria, analizará el contenido del mismo, su actualización y el análisis cuantitativo y cualitativo de las conductas suicidas -tentadas, consumadas o frustradas- para facilitar su prevención.